

267 M

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES

ÚLCERA GÁSTRICA PÓS
ESOFAGOGASTROFUNDOPLECTURA

Agosto/1992

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES

ÚLCERA GÁSTRICA PÓS ESOFAGOGASTROFUNDOPLICATURA*

AUTORES

Daniel Di Pietro**

Marcelo Azevedo Silva**

Fábio Acioli Vasconcelos**

Sergio Malburg**

Eduardo Cesar da Silveira Ribeiro***

Sandro Tadeu Novelletto****

Nicolau Fernandes Kruehl*****

- * Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes - São José - SC
- ** Médicos Residentes do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes - São José - SC
- *** Chefe do Serviço de Endoscopia Digestiva e Cirurgia Geral do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes - São José - SC
Cirurgião Geral do Hospital Lara Ribas - Florianópolis-SC
- **** Doutorando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis-SC
Estagiário do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes - São José - SC
- ***** Supervisor do programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes - São José - SC

ÍNDICE

RESUMO -----	04
ABSTRACT -----	05
INTRODUÇÃO -----	06
ANÁLISE DOS CASOS -----	07
DISCUSSÃO -----	08
BIBLIOGRAFIA -----	11

RESUMO

Terapêutica cirúrgica é indicada em apenas 10 a 20% dos pacientes com refluxo gastro-esofágico. A complicação com úlcera gástrica é incomum, e descrita na literatura, seguindo-se apenas à técnica de Nissen em 0,5 a 5,5% dos casos. Sempre justa cárdica e com aparecimento precoce, é de difícil resposta ao tratamento clínico. Sua etiologia não é completamente conhecida, e atribuída a isquemia local, refluxo alcalino, distensão gástrica, periesofagite ou lesão vagal. Três casos de úlcera gástrica, duas seguindo-se a técnica de Nissen e uma a técnica de Lind, são relatados de uma série de 41 fundo-plicaturas (7,3%). Tratamento clínico foi tentado nos três pacientes, porém apenas um respondeu, tendo sido realizado gastrectomia com anastomose em Y de Roux nos outros dois casos.

ABSTRACT

Surgical treatment is indicated in just 10 - 20% of the patients suffering from gastroesophageal reflux. Complication with gastric ulcer is uncommon and is described in the literature following only the Nissen's procedure, in 0,5 - 5,5% of the cases. It's always near the cardia, has precocious appearance and hardly answers to the clinical treatment. Its etiology is not completely known and it's attributed to local ischaemia, alcalin reflux, gastric distension, periesophagitis or vagal lesion. Three cases of gastric ulcer, two following Nissen's procedure and one following Lind's procedure, are related from one series of forty-one funduplications (7,3%). Clinical treatment was tried in all three patients but just one answered to it, and gastrectomy with Roux-en-Y anastomosis was done in the other two.

INTRODUÇÃO

Doença do refluxo gastroesofágico é uma entidade de tratamento clínico, com o qual se obtém bons resultados em 80-85% dos casos, e que aproximadamente 10 a 20% dos pacientes necessitam de tratamento cirúrgico. (1,2) Existem para o tratamento cirúrgico da esofagite complicada diversas técnicas; algumas delas com resultados excelentes ou bons em 90-95% dos casos. (2,3,4,5)

Em 1965, Lind (1), baseando-se nas técnicas de Belsey e Nissen, idealizou a aplicação de uma fundoplicatura parcial de 2/3, deixando livre a face anterior do esôfago, acumulando uma experiência de mais de 500 casos com resultados satisfatórios em 95% dos casos e uma recidiva de 5%. Não referiu mortalidade alguma, apesar de alguns autores como Millet e Orringer referirem uma mortalidade de 0,3 a 2,4% (2,5,6,7).

Em 1967, Aquarone inicia sua aplicação no Brasil e logo Gama Rodrigues e Pinotti em 1974, comunicam suas experiências difundindo o método em todo o país (2). A eficácia do tratamento de Lind no controle do refluxo gastroesofágico apresenta uma morbidade não desprezível, compreendida entre 10 e 15%. O aparecimento pós-operatório de úlcera gástrica é uma complicação rara, com poucos relatos na literatura, que permanece com etiologia desconhecida.

ANÁLISE DOS CASOS

Durante um período de 8 anos, de 1984 a 1992, 41 pacientes foram submetidos à fundoplicatura transabdominal pelas técnicas de Nissen e de Lind. Três desses pacientes (7,3%) desenvolveram úlcera gástrica benigna no pós-operatório. Os pacientes consistiam de uma mulher e dois homens com idades de 39, 47 e 48 anos, respectivamente, e cuja média foi de 44,6 anos. Nenhum dos pacientes recebeu medicação ulcerogênica. Como investigação pré-operatória, endoscopia digestiva foi realizada nos três pacientes para o diagnóstico de esofagite de refluxo. Apenas um dos pacientes apresentou gastrite crônica pré-pilórica confirmada por biópsia. A paciente do sexo feminino se apresentava com recidiva da esofagite de refluxo, pois já havia sido submetida a fundoplicatura pela técnica de Nissen.

Após um período que variou de 25 dias a 5 meses, os pacientes retornam ao ambulatório com queixas de distensão abdominal pós-prandial e dor epigástrica. A paciente do sexo feminino se apresentou com quadro de hemorragia digestiva alta que respondeu ao tratamento clínico. Foi realizada seriografia digestiva nos três pacientes, e esta evidenciou "estenose pilórica" e distensão gástrica em graus variáveis, com úlcera gástrica justa cárdica nos três pacientes (figura). Todas as três úlceras foram biopsiadas e confirmado o caráter benigno. Tratamento clínico foi tentado nos três pacientes, porém a paciente do sexo feminino foi a única a responder ao tratamento com omeprazol. Os dois homens, apesar de tentados diversos esquemas terapêuticos, não responderam ao tratamento clínico, sendo encaminhados à cirurgia, onde realizou-se gastrectomia com anastomose em Y de Roux, com alívio dos sintomas.

DISCUSSÃO

Uma das complicações da técnica de fundoplicatura à Lind, a úlcera gástrica, se apresenta raramente, e foi apenas relatada na literatura como complicação da técnica de Nissen. O estudo de diferentes séries revela uma freqüência variável de 0,5 a 5,5%; 3 casos em 600 (0,5%) por Polk (8), 1 em 109 (0,9%) por Peix (9), 1 em 96 (1,04%) por Gossot (10), 5 em 160 (1,8%) por Bushkin (11), 3 em 100 (3%) por Scobie (12), 5 em 158 (3,2%) por Herrington (13), 8 em 170 (4,7%) por Campbell (14), 5 em 90 (5,5%) por Bremner (15) no presente relato, de 41 fundoplicaturas realizadas, foram observados 3 casos (7,3%), sendo que destes, 2 seguiram-se a cirurgia de Nissen e um à Lind.

Cada uma das três úlceras relatadas apresenta topografia alta, ao longo da pequena curvatura, o que parece ser uma característica comum deste tipo de complicação descrita pelos diversos autores (12, 13, 14, 16, 17). Devemos levar em consideração ainda, que a localização alta, justa cárdica é raramente observada quando avaliamos úlcera péptica sem relação com fundoplicatura. Sua aparição é precoce (2 a 6 meses), porém pode ocorrer de semanas à anos, raramente melhoram com o tratamento médico, e sua evolução para complicação é freqüente, com perfuração e hemorragia (13, 16, 17). A possibilidade de úlcera gástrica antecedendo à fundoplicatura foi eliminada pela endoscopia digestiva. Apenas um dos pacientes apresentava-se com gastrite crônica, porém também não tinha evidência de úlcera gástrica.

A fundoplicatura sem dúvida produz uma distorção anatômica na parte superior do estômago com angulação acima da pequena curvatura. A proximidade do cardia, uma característica da úlcera gástrica pós fundoplicatura, poderia ser justificada pela isquemia local. A desvascularização da pequena curvatura, ligadura de um ou dois vasos curtos gástricos, as vezes necessária durante a mobilização do fundo ou a associação destes foi também atribuída como uma possível causa. Kennedy reportou três casos de necrose da pequena curvatura com perfu

ração em 33 pacientes tratados pela técnica de Nissen associada à vagotomia gástrica proximal, enquanto que isto não ocorreu em nenhum dos 300 pacientes apenas vagotomizados (16). Scobie (12) ainda acrescenta que a sutura seromuscular para formar a "gravata" pode contribuir para uma isquemia local.

Desde que o refluxo alcalino causa complicações mais severas de esofagite do que o refluxo ácido, este deve ser suspeitado em todos os casos de marcado refluxo esofágico e estenose. Bremner (15, 18) referiu-se ao refluxo duodenogástrico como o resultado de um piloro incompetente, levando à gastrite e, finalmente, à úlcera gástrica. Em relato posterior ele demonstrou a persistência de Ph intragástrico alcalino e aumento da concentração de ácidos biliares no estômago. Apenas um dos três pacientes relatados na presente série apresentava gastrite crônica confirmada por biópsia. Os outros dois pacientes, apesar da úlcera gástrica, não apresentavam sinais endoscópicos de gastrite alcalina. A questão portanto, desse refluxo duodenogástrico, parece ser uma condição preexistente em apenas alguns pacientes e não o resultado da fundoplicatura.

Associação entre exposição esofágica ao suco gástrico e anormalidades no esvaziamento gástrico são achados comuns em pacientes com vários sintomas gastroesofágicos. Bushkin (11) sugere que a distensão gasosa evidenciada pelo "Gas Bloat syndrome" poderia estimular a gastrina do antro, levando ao aparecimento de úlcera. Este relatou "Gas Bloat syndrome" em 4 dos 5 casos de úlcera gástrica pós fundoplicatura de Nissen como resultado talvez de uma "gravata" muito justa. Csendes e Henriquez (19) observaram tendência a um esvaziamento gástrico lento em pacientes com estenose de esôfago. Sugeriram que uma severa periesofagite poderia envolver o nervo vago e produzir disfunção gástrica. Este estudo teve a desvantagem de somente avaliar o esvaziamento gástrico para líquidos, já que o esvaziamento para sólidos pode ser muito mais lento. Behar e Ramsby (20) referiram uma diminuição na contratilidade antral em pacientes com esofagite comparados com um grupo controle.

Alguns autores têm descrito que a periesofagite provocada

pelo refluxo gastroesofágico com envolvimento do vago, trauma vagal ou secção inadvertida de fibras do mesmo possa ser um fator na formação da úlcera. Esta possibilidade estaria aumentada no caso de dificuldades técnicas, e quando a cirurgia é feita por recorrência (3,8,13,21,22,23).

A validade dessas hipóteses diagnósticas precisa ser confirmada por estudos do esvaziamento gástrico em pacientes com esofagite, tanto no pré, quanto no pós operatório. Pacientes que demonstrem no pré operatório demora no esvaziamento gástrico, o procedimento de drenagem poderia ser considerado. Presença de refluxo duodenal e motilidade antral alterada poderiam, quando necessário, ser corrigidas em conjunto com a fundoplicatura.

BIBLIOGRAFIA

1. LIND J. F., BURNS M. C., Mc. DOUGALL T. J.. Physiological Repair for Hiatus Hernia Manometric Study. Arch. Surg. 91: 233-237, 1965.
2. ROITMAN J. K.. Tratamiento Quirurgico de la Esofagitis por Reflujo con la Tecnica de Lind. Bol. Hosp. Viña del Mar. 44(½): 49-51, 1988.
3. DEMEESTER T. R., BONAVIDA L., ALBERTUCCI M.. Nissen Fundoplication for Gastro-Esophageal Reflux Disease. Ann. Surg. 204: 9-20, 1986.
4. MAMMONI O. H.. Resultado Alejado del Tratamiento Quirurgico de la Hernia del Hiatus y de la Esofagitis por Reflujo con Procedimiento Anatomico. Rev. Argent. Cirurg. 42 (5): 219-229, 1982.
5. MÁRQUEZ H. A., MUCHA MORA R. A., LA ROSA J. L. G., ESPARZA C., HERRERA E. G.. Complicaciones en el Tratamiento Quirúrgico de la Esofagitis por Reflujo. Rev. Gastroenterol. Mex. 55 (2): 45-49, 1990.
6. PINOTTI H. W., GAMA J. J.. Esofagite de Refluxo. Rev. Ass. Med. Brasil. 26 (6): 201-204, 1980.
7. TRIANA M. J., OSORIO L. B., BOADA M.. Plicatura del Fundus Gastrico. Técnica de Lind. Experiência Personal. Isabelica M.D. 9 (2): 127-142, 1984.
8. POLK H. C.. Fundoplication for Reflux Esophagitis Misadventures with the Operation of Choice. Ann. Surg. 183: 645-652, 1976.
9. PEIX J. L., BAULIEUX J., BOULEZ J., DONNE R., MAILLET P.. Complications et Séquelles des Fundoplicatures. Lyon Chir. 77: 6-9, 1981.
10. GOSSOT D., SARFATI E., AZOULAY D., CELERIER M.. Facteur de Morbidité de L'intervention de Nissen. J. Chir. 124: 367-371, 1987.
11. BUSHKIN E. L., NEUSTEIN C. L., PARKER T. H., WOODWARD E. R.. Occurrence of Gastric Ulcer after Nissen Fundoplication. Am. J. Surg. 42: 821-826, 1976.

12. SCOBIE B. A.. High Gastric Ulcer After Nissen Fundoplication. Med. J. Aust. 1: 409-410, 1979.
13. HERRINGTON J. L., MEACHAM P. W., HUNTER R. M.. Gastric Ulceration after Fundic Wrapping. Ann. Surg. 195 (5): 574-581, 1982.
14. CAMPBELL R., KENNEDY T., JOHNSTON G. W.. Gastric Ulceration after Nissen Fundoplication. Br. J. Surg. 70: 406-407, 1983.
15. BREMNER C. G.. Gastric Ulcer after the Nissen Fundoplication. A Complication of Alkaline Reflux. S. Afr. Med. J. 51: 791-793, 1977.
16. HOUDELETTE P., HUNKEL K., MOREAU X., DUMOTIER J.. Ulcère Sous-Car dial et Technique de Nissen a Propos D'une Observation de Guéri son par Décomplètement de la Fundoplicature. Ann. Chir. 43(4): 282-284, 1989.
17. SAUBIER E. C., GOVILLAT C., TEBOUL F.. Traitement du Reflux Gas tro-oesophagien par Fundoplicature Complète de Nissen. Chirur gie. 112: 123-131, 1986.
18. BREMNER C. G.. Gastric Ulceration after a Fundoplication Opera tion for Gastroesophageal Reflux. Surg. Gynecol. Obstet. 148: 62-64, 1979.
19. CSENDES A., HENRIQUEZ A.. Gastric Emptying in Patients with Re flux Esophagitis or Benign Strictures of the Esophagus Secondary to Reflux Compared to Controls. Scand. J. Gastroenterol. 13: 205, 1978.
20. BEHAR J., RAMSBY G.. Gastric Emptying and Antral Motility in Re flux Esophagitis. Gastroenterology. 80: 285, 1981.
21. HINDER R. A., STEIN H. J., BREMNER C. G., DEMEESTER T. R.. Rela tionship of a Satisfactory Outcome to Normalization of Delayed Gastric Emptying after Nissen Fundoplication. Ann. Surg. 210 (4): 458-465, 1989.
22. MAHER J. W., CERDA J. J.. The Role of Gastric Stasis in the Gene sis of Gastric Ulceration Following Fundoplication. World J. Surg. 6 (6): 794-799, 1982.
23. MUGHAL M. M., BANCEWICZ J., MARPLES M.. Oesophageal Manometry and Ph Recording does not Predict the Bad Results of Nissen Fundo plication. Br. J. Surg. 77 (1): 43-45, 1990.

TCC
UFSC
CM
0267

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0267

Autor: Di Pietro, Daniel

Título: Úlcera gástrica pós esofagogastr



972800416

Ac. 253447

Ex.1 UFSC BS CCSM